RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DES LAURENTIDES

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Rapport final
de l'évaluation du fonctionnement et des résultats des laboratoires de concertation instaurés lors de la planification 1996

Région des Laurentides

5 Février 1997

Rédaction

Guylaine Auger, agente de recherche à la DRSP des Laurentides

Mise en page

Guylaine Auger, agente de recherche à la DRSP des Laurentides
Diane Brière, secrétaire à la DRSP des Laurentides

Dépôts légaux, 1er trimestre 1997
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-921581-49-3

© Régie régionale de la santé et des services sociaux des Laurentides - 1997

«Il faut du temps pour que les partenaires apprennent à se connaître, pour que tombent les stéréotypes traditionnels et pour que la confiance s'installe.»
(Rodal, 1993)

SOMMAIRE

INTRODUCTION

La planification des activités des équipes de santé au travail pour l'année 1996 a été marquée par la mise en application du nouveau cadre général de fonctionnement en matière de services de santé au travail de la CSST, du MSSS et de leur réseau respectif. Ce cadre s'accompagnait d'un nouveau processus de planification et de bilan des activités, processus jugé très favorable à une meilleure concertation entre les deux réseaux.

Dans la région des Laurentides, les nouvelles modalités de fonctionnement s'inscrivaient dans le courant de partenariat qui s'était déjà amorcé depuis quelques années. Le comité opérationnel en santé au travail, qui réunit des représentants de la CSST et du réseau de la santé au travail, avait décidé d'intensifier la concertation en identifiant **onze entreprises ou groupes d'entreprises** où des interventions conjointes seraient planifiées et où l'évolution serait suivie : ce projet pris la forme d'une «**Évaluation du fonctionnement et des résultats de laboratoires de concertation**». En cours d'année, certains établissements ont été retirés de la liste des laboratoires diminuant à six le nombre d'établissements ou groupe d'établissements qui font l'objet de l'évaluation du fonctionnement et à un de moins pour les établissements qui font l'objet de l'évaluation des effets des laboratoires.

MÉTHODOLOGIE

L'évaluation des interventions vise à améliorer le processus de décision et à encourager la planification d'interventions plus efficaces et plus efficientes. Afin d'évaluer les laboratoires de concertation, nous avons choisi d'utiliser **l'analyse d'implantation** qui vise à spécifier les conditions de mise en oeuvre et les processus de production des effets d'une intervention. Les informations requises pour effectuer l'analyse des laboratoires proviennent d'une stratégie de

recherche synthétique et d'un devis avec études de cas multiples avec niveaux d'analyses imbriqués. Les informations colligées afin de permettre l'analyse sont issues de plusieurs sources : littérature, entrevues de groupe, observation participante. L'analyse et l'interprétation des données ont nécessité une approche qualitative.

BILAN DES CONNAISSANCES

Le but du premier chapitre est d'identifier les éléments théoriques permettant de mieux définir la concertation entre la CSST et le réseau de la santé, et décrire les conditions permettant d'obtenir des relations harmonieuses, efficaces et efficientes entre les organisations. Les relations établies entre deux organisations peuvent être initiées pour plusieurs motifs, prendre plusieurs formes et avoir plusieurs modes de fonctionnement : plusieurs termes, souvent synonymes, permettent donc de les qualifier. Il est toutefois important que les partenaires comprennent bien ce qu'ils entendent par ces termes afin que «leurs attentes à l'égard des processus et des résultats soient sensiblement les mêmes (...)» (Rodal et Mulder, 1993).

LA CONCERTATION DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

Nous croyons que la concertation vécue dans le cadre des laboratoires se rapproche beaucoup de celle qui se vit quotidiennement entre les intervenants des deux réseaux. La concertation serait un peu différente selon la sous-région où se situe le CLSC, principalement entre le nord et le sud du territoire des Laurentides.

Chaque laboratoire est différent. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces variations : le contexte de l'entreprise, la problématique choisie par les intervenants ou les autres engagements professionnels que ceux reliés aux laboratoires.

106-01785/

Le manque de définition unique de la concertation dans la littérature nous donne la possibilité de cerner notre propre concept de la concertation à partir de l'expérience vécue dans les laboratoires. Nous croyons que la concertation entre la CSST et le réseau de la santé au travail peut être défini selon un «**axe de concertation**». Cet axe permet de visualiser que les interventions conjointes peuvent être à différents niveaux et ce, en représentant la variation dans l'implication des ressources. Plus on tend vers la droite, plus la concertation nécessite un engagement important des organismes dans la démarche. De plus, cette conceptualisation de la concertation tient compte des variations de nos actions qui sont influencées tant par des entreprises différentes que par des problématiques multiples.

AXE DE CONCERTATION

Coopération **Coordination** **Collaboration**

La **coopération** représente la concertation entre les deux réseaux lorsque l'implication conjointe est moins forte, c'est-à-dire que les organisations poursuivent leurs propres mandats, conservent leur autonomie et visent un résultat commun (l'intervention auprès de l'établissement se fait en parallèle). Trois des six laboratoires ont fonctionné de cette façon.

La **coordination** se caractérise par des règles plus formelles, la présence de buts et d'activités communes impliquant plus de négociation : les partenaires fixent ensemble les résultats à atteindre et sont solidairement responsables des effets de l'intervention. Deux laboratoires répondaient à cette façon de concevoir la concertation.

La **collaboration** correspond à la mise en commun de ressources par des organisations dans le but de résoudre un ensemble de problèmes qu'elles n'auraient pu solutionner individuellement. Ce dernier type de relation nécessite que les partenaires reconnaissent l'interdépendance des organisations, que les personnes adoptent certains comportements aidants et qu'il y ait un partage du pouvoir et des valeurs. Un seul laboratoire a choisi ce mode de concertation.

Bien que les relations entre les intervenants puissent changer dans le temps, que le type de concertation puisse se modifier et que le positionnement sur l'axe de concertation puisse varier, il est peu probable que toutes les interventions conjointes utilisent éventuellement la collaboration comme mode de concertation (fin de l'axe de concertation). Les interventions conjointes n'ont pas nécessairement besoin d'utiliser ce dernier mode de collaboration pour être efficaces.

LES CONDITIONS DE SUCCÈS DE LA CONCERTATION

Les relations entre la CSST et le réseau de la santé respectent certaines conditions de succès : engagement clair dans la relation, implication des cadres de haut niveau, structure de fonctionnement claire, suivi de la concertation et échange d'informations qui permet la création d'un bon climat de confiance.

Toutefois, la concertation ne peut se vivre en excluant l'historique des relations antérieures : celles entre la CSST et le réseau de la santé n'ont pas toujours été faciles et empreintes de respect. À force de travailler ensemble, les perceptions se modifient et on peut identifier une plus grande ouverture de part et d'autre.

Nous croyons qu'un des principaux problèmes de concertation se situe dans le fait que la relation entre la CSST et le réseau de la santé conserve un statut de contrôleur/contrôlé (agent payeur) surtout dans le contexte où, quelques mois auparavant, le conseil d'administration de la CSST questionnait les budgets des équipes de santé au travail en les reconduisant sur une base mensuelle avec conditions; le climat de confiance obligatoire lors de travail conjoint n'était donc pas tout à fait présent. Cette relation d'autorité semble toutefois s'atténuer avec le temps.

Il est alors possible que les partenaires ne soient donc pas tout à fait sur un même pied d'égalité. Les différences (perçues ou réelles) de pouvoir ne faciliteraient pas une concertation efficace dans la mesure où les relations ne sont pas appuyées par un équilibre des pouvoirs : il ne s'agit pas d'atteindre un partage des pouvoirs totalement égal mais plutôt une structure de pouvoir **équitable.**

Certains intervenants ont toutefois insisté sur le fait que les deux réseaux étaient complémentaires et que c'est cela qui donnait plus de force à leur intervention. Cette complémentarité des deux réseaux nous permet de croire que le leadership est partagé en fonction des compétences. Chacun des organismes a du pouvoir mais celui-ci s'exerce à des moments différents et relativement à des situations différentes.

Malgré les communications de plus en plus fréquentes, il persisterait encore certaines difficultés de compréhension des missions et cultures de l'autre partenaire : une meilleure connaissance de l'autre permet de mieux comprendre les gestes qu'il pose.

LES RÉSULTATS DES INTERVENTIONS CONJOINTES

Plusieurs auteurs estiment que la mesure des résultats des relations entre organisations est subjective. La notion de résultats des laboratoires de concertation peut se définir de deux façons. Dans un premier temps, on réfère à la **capacité perçue des organisations à remplir leur mandat** : l'analyse du fonctionnement des laboratoires nous permet de croire que ce résultat est atteint. Les gestionnaires et les intervenants sont satisfaits de l'expérience et estiment que cela vaut la peine de poursuivre dans la même veine.

Dans un deuxième temps, l'évaluation des résultats fait référence aux **changements dans les milieux de travail suite à une intervention conjointe**. L'analyse des modifications en milieu de travail suite aux laboratoires de concertation doit se faire avec prudence. D'abord, il faut du temps pour observer des modifications de comportements : les laboratoires ont débuté au cours du printemps 1996 et plusieurs n'ont pas encore complété leurs activités. De plus, il faut rappeler que les entreprises choisies dans le cadre des laboratoires l'avaient été parce qu'on croyait y obtenir des résultats plus probants, et qu'elles étaient volontaires à une telle démarche. L'évaluation ne porte donc pas sur des entreprises récalcitrantes à toute forme d'intervention des deux réseaux. Il est aussi très probable que la collaboration du milieu donne des résultats qui sont plus importants et probablement plus intégrés par l'établissement.

Les changements dans les milieux d'implantation peuvent être divers :

- Premièrement, on peut observer dans certains milieux une amélioration des conditions de travail (environnementales) et une baisse des accidents et des incidents.

- Deuxièmement, les relations entre les intervenants (des deux réseaux) et l'entreprise sont plus cordiale; on observe même que certains employeurs font appel fréquemment aux services du CLSC pour des problèmes autres que ceux identifiés par le programme de santé ou la problématique concernée par l'intervention conjointe.

- Troisièmement, il est aussi possible que la présence de l'inspecteur ait permis des changements dans les milieux de travail plus rapidement : on note que des modifications souhaitées et recommandées par l'équipe de santé au travail depuis plusieurs années ont été effectuées plus rapidement depuis que l'inspecteur accompagne l'équipe lors de ses visites en établissement. L'inspecteur, dans le cadre de la nouvelle philosophie (convaincre, soutenir et contraindre), conserve auprès de l'entreprise tous les pouvoirs d'enquête, de correction, de suspension de travaux que lui confère la LSST (articles 177 à 193). L'entreprise percevrait clairement les liens entre les deux réseaux et serait sensible au fait que l'inspecteur appuie la démarche effectuée par l'équipe. Le pouvoir de l'inspecteur ne diminue en rien celui de l'équipe de santé au travail du CLSC qui peut convaincre l'employeur par le biais de l'information, des activités de surveillance médicale et environnementale.

- Quatrièmement, la présence conjointe des intervenants des deux réseaux pourrait avoir incité l'entreprise à se prendre en charge pour l'ensemble de la prévention , c'est-à-dire qu'elle agisse sur des situations avant que des personnes externes à l'établissement le dénote.

- Finalement, il est aussi possible qu'une intervention conjointe CSST-CLSC ait des effets inattendus, c'est à dire qu'elle soit perçue comme envahissante pour un établissement et, bien que l'employeur estime que cela puisse être enrichissant d'obtenir des services des deux organismes, qu'il préfère prendre du recul afin de conserver un certain contrôle de la situation et de choisir lui-même le rythme de l'intervention.

CONCLUSION

Il est **important de poursuivre le processus de concertation entre nos deux réseaux**; il est aussi primordial que celui-ci soit flexible et tienne compte des différents milieux d'implantation et objectifs de la concertation. Se concerter peut vouloir dire coopérer, se coordonner ou collaborer; plusieurs niveaux d'implication sont possibles (même souhaitables) et efficaces.

Les laboratoires de concertation se situent majoritairement au niveau de la coopération, mode qui est moins menaçant au niveau de l'autonomie des organisations. Faut-il laisser aux individus sur le terrain le choix du mode de concertation qui leur convient, compte tenu de leur perception partagée du milieu d'implantation? Doit-on souhaiter que nos interventions suivent majoritairement le mode de coordination? Ce dernier mode de concertation nécessite des objectifs communs mais laisse néanmoins de la place à une certaine flexibilité.

La connaissance du fonctionnement des partenaires semble un élément essentiel qui permet d'assurer la réussite des interventions conjointes, les nombreuses années de coexistence entre les deux réseaux ne supposent pas nécessairement que tous comprennent la culture, les missions et les mandats de l'autre. Une attention particulière devrait être accordée sur ce point par les dirigeants de la CSST et ceux du réseau de la santé.

Ce rapport d'évaluation devrait alimenter la réflexion sur la concertation; nous souhaitons donc qu'il ait permis aux intervenants des deux réseaux et au comité opérationnel en santé au travail de la région des Laurentides de porter un regard global sur la concertation en santé et en sécurité au travail.

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

Sommaire i

Liste des abréviations xi

Introduction 1

1 **Bilan des connaissances** 5

1.1 Définitions 5
1.2 Conditions de succès 8
1.3 Résultats des relations entre les organisations 10

2 **Méthodologie** 13

2.1 Stratégie de recherche et choix du devis 13
2.2 Validité 14
2.3 Choix des entreprises suivies dans le cadre des laboratoires 15
2.4 Collecte et analyse des données 17

3 **Le processus de concertation entre la CSST et les équipes de santé au travail dans la région des Laurentides** 19

3.1 La concertation 19
3.2 Conditions de succès 22

TABLE DES MATIÈRES (suite)

PAGE

4 **Les résultats des interventions conjointes** 27

4.1 Résultats relatifs au mandat 27
4.2 Résultats en milieu de travail 28
4.2.1 Laboratoire A - Entreprise de fabrication de produits électriques de 30 travailleurs 31
4.2.2 Laboratoire B - Entreprise de fabrication d'équipement de transport de 600 travailleurs 32
4.2.3 Laboratoire C - Entreprise secteur aliments et boissons de 240 travailleurs 33
4.2.4 Laboratoire D - Entreprise du secteur entreprises manufacturières diverses - article de sport de 660 travailleurs 34
4.2.5 Laboratoire E - Entreprise du secteur bois (sans scierie) de 188 travailleurs 35

Conclusion 37

Bibliographie 39

Annexe

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASP	Association sectorielle paritaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CSS	Comité de santé et de sécurité
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DRSP	Direction régionale de la santé publique
LATR	Lésions attribuables au travail répétitif
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement

INTRODUCTION

La planification des activités des équipes de santé au travail pour l'année 1996 a été marquée par la mise en application du nouveau cadre général de fonctionnement en matière de services de santé au travail de la CSST, du MSSS et de leur réseau respectif. Ce cadre s'accompagnait d'un nouveau processus de planification et de bilan des activités. «Réalisé en concertation avec les intervenants de la CSST, ce processus vise à doter la CSST et le MSSS d'une planification régionale partagée, d'outils leur permettant de mieux suivre l'état d'avancement des activités en santé au travail et d'uniformiser la structure de cueillette de l'information.»[1]

Lors de la conception des nouveaux outils de planification, une consultation des deux réseaux a été effectuée afin de les bonifier. Dans le cadre de ces consultations, les partenaires ont estimé que le processus et les outils étaient très favorables à une meilleure concertation entre les deux réseaux.

De plus, le sous-comité sur la planification et l'évaluation des services de santé au travail responsable de cette consultation a retenu certains préalables à la réussite de la concertation :

- Le respect des autres dans un fonctionnement concerté et complémentaire qui a pour objectif le service au client.

- La volonté des gestionnaires et des intervenants des deux parties qui feront la réussite d'un tel projet, dans le respect des rôles et mandats de chacun.

- L'importance de préciser ou de clarifier les rôles en santé au travail et les responsabilités des intervenants des deux réseaux, incluant les aspects décisionnel et législatif.

- Dans le respect de la confidentialité des informations nominatives, il serait favorable de rendre disponible aux régies régionales l'information que la Commission possède sur les employeurs.

---

1 Tiré du document «Cadre général de fonctionnement en matière de services de santé au travail - CSST, MSSS et leur réseau respectif», septembre 1995, page 17.

Lors de cette même consultation, certaines craintes ont aussi été exprimées en ce qui a trait à la marge de manoeuvre dans les choix des interventions et la mise en application des priorités tout comme sur la disponibilité des ressources afin de vivre le processus et l'action tels que proposés.

Dans la région des Laurentides, les nouvelles modalités de fonctionnement s'inscrivaient dans le courant de partenariat qui s'était déjà amorcé depuis quelques années[2]. Le comité opérationnel en santé au travail, qui réunit les coordonnateurs en santé au travail (locaux et régional) et des représentants de la CSST, avait donc souhaité intensifier la concertation en proposant de choisir quelques entreprises où des interventions conjointes seraient planifiées[3]. Ces interventions ont été baptisées «Laboratoires de concertation». On parle alors de planification séparée «commune».

Cette planification est fondée sur quelques principes[4] :

- Agir pour nos clients (travailleuses, travailleurs et employeurs);
- Agir ensemble (CSST, DRSP, CLSC, ASP, employeurs et travailleurs);
- Agir là où ça compte (selon la gravité, l'agresseur, le nombre);
- Agir pour obtenir des résultats (d'abord où on peut réussir).

Puisque le comité opérationnel en santé au travail souhaitait en suivre l'évolution, il a été convenu que l'agente de recherche de l'équipe régionale effectuerait une évaluation des interventions conjointes portant autant sur le processus de concertation que sur les résultats produits dans les établissements visés par le projet.

Afin de faciliter le fonctionnement des laboratoires de concertation, le médecin-conseil de l'équipe régionale en santé au travail et l'agente de recherche ont élaboré une méthodologie et décrit des éléments d'information à obtenir (annexe) afin de permettre une meilleure connaissance du milieu et des partenaires tout en facilitant l'évaluation du processus et des résultats.

---

2 À cet effet, le comité opérationnel de la région avait fait une présentation de ce partenariat au congrès annuel de la Fédération des CLSC en mai 1995.

3 Il s'agit donc de formaliser un peu plus la concertation, puisque des contacts avaient déjà lieu entre les inspecteurs de la CSST et les intervenants des CLSC.

4 Présentés lors d'une rencontre régionale préparatoire à la planification des activités de l'année 1996.

Il est important de préciser que le but de ce rapport d'évaluation n'est pas d'évaluer les compétences ou les habiletés des intervenants mais plutôt d'évaluer le fonctionnement de la concertation entre l'entreprise, le CLSC et la CSST pour permettre une généralisation plus grande des interventions conjointes. La comparaison entre les différents laboratoires y est donc exclue.

Le 18 septembre 1996, une version préliminaire de ce rapport a été remise au comité opérationnel en santé au travail de la région. Cette version finale complète donc l'analyse de la concertation par une évaluation des effets des laboratoires de concertation.

1. BILAN DES CONNAISSANCES

L'objectif de ce chapitre est de décrire l'analyse de la littérature qui a été effectuée afin d'identifier les études qui permettraient de définir un cadre théorique pertinent à l'analyse de la concertation. Notre revue de littérature s'est concentrée sur les domaines des relations interorganisationnelles et du partenariat. Une bibliographie complète est placée à la fin de ce rapport.

Il est important de préciser que le bilan des connaissances présenté ici ne résume pas l'ensemble des études consultées; il vise plutôt à identifier des éléments théoriques qui nous permettraient de mieux définir la concertation entre la CSST et le réseau de la santé. Nous porterons d'abord notre attention sur les définitions de la concertation, puis nous décrirons quelles sont les conditions de succès du partenariat, pour finalement aborder certaines études qui font mention des résultats d'interventions conjointes.

1.1 DÉFINITIONS

Les relations établies entre deux organisations peuvent être initiées pour plusieurs motifs, prendre plusieurs formes et avoir plusieurs modes de fonctionnement. Il existe donc plusieurs termes qui permettent de les qualifier, souvent utilisés comme synonymes : partenariat, concertation, coordination, collaboration, coopération. Toutefois, «il est important que les parties engagées dans des accords de cette nature comprennent bien ce qu'elles entendent par les termes qu'elles utilisent, de sorte que leurs attentes à l'égard des processus et des résultats soient sensiblement les mêmes et que leurs actions soient coordonnées en vue de l'atteinte d'objectifs communs.» (Rodal et Mulder, 1993).

Pour cette raison, il nous apparaît important de prendre le temps de définir les formes de concertation dans cette section et de les comparer avec notre analyse du fonctionnement des laboratoires (chapitre 3) pour finalement en proposer une définition applicable à notre contexte d'interventions communes.

Les dictionnaires usuels (Larousse ou Petit Robert) ne nous apportent pas un éclairage pertinent pour distinguer ces différents termes, leurs définitions étant trop vagues.

Le partenariat selon Ouellet (1996) serait un mode de collaboration axé sur la volonté de travailler en partenaire (en ayant une lecture partagée de la réalité), c'est-à-dire sur une base d'égalité morale et de complémentarité de moyens pour concourir à une oeuvre commune. Rodal et Mulder (1993) estiment que le partenariat désigne un accord entre deux ou plusieurs parties qui ont convenu de travailler en coopération dans la poursuite d'objectifs partagés ou compatibles.

Le champ des relations interorganisationnelles s'est avéré très pertinent à l'étude des relations entre la CSST et le réseau de la santé au travail. Les études ont toutefois principalement porté sur des relations qui s'instaurent de façon volontaire entre les organismes. Les relations entre deux organismes qui sont imposées par un cadre législatif ou réglementaire, c'est-à-dire les relations mandatées (dans notre cas la LSST et le cadre général de fonctionnement établi par le comité CSST - MSSS), ont fait peu l'objet de publications. Nous n'avons pas limité notre analyse à ces dernières. Nous croyons que les relations établies entre la direction régionale de la CSST des Laurentides et le réseau de la santé au travail dépassent largement le cadre général de fonctionnement imposé par le comité permanent MSSS-CSST. Elles s'apparentent donc aussi à des relations volontaires.

La relation entre la CSST et le réseau de la santé est formalisée dans la mesure ou des organismes externes en suivent l'évolution : le comité permanent CSST-MSSS, le comité opérationnel et la table de concertation régionale. Toutefois, nous croyons que notre relation bien que mandatée, peut se définir comme ayant un faible niveau de contrôle par un agent externe (Schopler, 1987) puisqu'une certaine flexibilité est permise dans l'exercice du mandat. Ce type de relation mandatée aurait une phase de formation un peu plus longue que les relations mandatées ayant un contrôle externe plus important. Certains problèmes pourraient survenir dans la prise de décisions (confusion, conflits latents ou cachés), la satisfaction des intervenants serait plus grande que dans les relations mandatées avec fort contrôle mais moins bonnes que dans le cadre des relations volontaires. Les parties seraient en accord de façon importante à modérée pour une évaluation externe. Les résultats attendus de telles relations seraient minimaux à modérés : moins que dans le cas des relations volontaires mais plus que dans le cas des relations mandatées qui ont un niveau de contrôle externe important. Les organismes impliqués dans ce type de relation seraient relativement flexibles («High/Moderate compliance») aux demandes externes.

L'échange de ressources entre les deux organismes détermine aussi le genre de relation. Selon le modèle de Hall (1982), nos échanges porteraient sur ce qu'il définit comme des programmes conjoints («joints programs») où l'emphase n'est pas seulement mise sur l'échange de ressources en ce qui concerne l'interdépendance mais l'est aussi en matière d'engagement substantiel de ressources et d'une collaboration intense. Elle est non standardisée puisque l'échange de ressources entre les organismes n'est pas toujours de même type (informations, services) ni effectué de la même façon.

La coopération est généralement analysée dans le cadre des relations volontaires et référerait au processus au cours duquel des organisations poursuivent leurs propres buts et conservent leur autonomie tout en orientant leurs actions vers des résultats communs.

Quant à elle, la coordination implique un processus de décisions ou d'actions concertées dans lequel les organisations s'ajustent entre elles; il y a donc négociation et implication dans un but commun (Hall, 1982). Comparativement à la coopération, la coordination se caractérise par la présence de règles formelles, de buts d'activités et de résultats communs aux organisations interreliées et donc, par une plus grande menace envers l'autonomie organisationnelle et par l'implication d'un plus grand nombre de ressources. De plus, la coordination impliquerait dans une plus grande mesure la participation de cadres supérieurs aux décisions communes, celles-ci pouvant affecter davantage les organisations (Berthelette, 1990; Mulford et Roger, 1982).

Mulford et Roger (1982) définissent trois typologies de coordination, celle qui définirait le mieux les relations entre la CSST et le réseau de la santé au travail est celle des alliances. Elles impliquent des intervenants et des gestionnaires; il y a une négociation des règles de fonctionnement, un engagement des ressources relativement important, le pouvoir et le contrôle («focus of power» et «focus of control») ne sont pas nécessairement centralisés et les buts sont communs tout en respectant le fait que d'autres buts particuliers à chaque organisme soient présents.

La collaboration (Gray, 1985) correspond à la mise en commun de ressources par des organisations dans le but de résoudre un ensemble de problèmes qu'elles n'auraient pu solutionner individuellement. Dans ce type de relation, on reconnaît l'interdépendance des organisations, on choisit les bonnes personnes pour collaborer, on perçoit les autres comme légitimes, on croît que l'on aura des résultats positifs, il y a un partage de pouvoir équitable et on partage les mêmes valeurs. Ce partage des valeurs augmente avec la fréquence et l'intensité du partage d'informations.

1.2 CONDITIONS DE SUCCÈS

Cette section réunit les conditions qui permettraient d'obtenir des relations entre organisations harmonieuses, efficaces et efficientes. Certaines de ces conditions sont issues d'études normatives (basées sur des expertises et des opinions), tandis que d'autres sont issues d'études analytiques (basées sur des recherches conventionnelles).

La concertation n'exclut pas la possibilité de difficultés, plusieurs auteurs y font référence. La concertation serait un long cheminement qui passe parfois par l'ennui ou la confrontation (Viau et Rousset, 1983), et elle ne peut être dissociée de son contexte historique entre les deux organisations (Plasse, 1988). Micheline Plasse a fait une analyse du régime de SST au Québec, cinq ans après l'implantation de la LSST. Dans son chapitre traitant des relations entre la CSST et le réseau de la santé, elle souligne que «les témoignages montrent aussi une difficulté à sortir de la relation contrôleur/contrôlé propre aux politiques réglementaires vers une dynamique axée sur la coordination, la concertation, la collégialité et le partenariat.»

Légaré (1981) cite Châtillon et précise que «la concertation est aussi une réalité, celle d'une confrontation entre des intérêts divergents. Il ne faut pas ignorer que des conflits peuvent et doivent naître pendant les différentes phases de la concertation. Mais la volonté de poursuivre le dialogue, l'honnêteté des confrontations et l'intérêt convergent doivent triompher des conflits pour trouver le compromis qui libère.»

Ouellet (1996) y fait aussi mention; «il est plus facile de commander que d'interagir, de se battre que de se débattre (...). Il est plus facile également de réduire la SST à ce que l'on contrôle individuellement, à ce que l'on peut faire isolément, sans discussions avec quiconque ni confrontation dynamique, que de composer avec l'apport des autres.»

Toutefois, plusieurs chercheurs des relations interorganisationnelles ont observé que la compatibilité idéologique a peu d'effets sur la coordination entre des organisations lorsque la relation est mandatée. Les organisations qui ne partagent pas la même vision de la nature ou de l'objectif de la relation en viendraient à se soumettre à un processus de socialisation et à se conformer au mandat (Aldrich, 1976; Hall et coll., 1977; Raelin, 1982; Berthelette, 1990).

Il est important de préciser que le processus de socialisation est en partie lié au fait que le mandat précise les résultats attendus. Puisque le cadre général de fonctionnement est plutôt imprécis sur

les résultats attendus des interventions conjointes, ce que Schopler (1987) désigne comme ayant un faible contrôle externe, nous croyons que ce processus de socialisation serait un peu moins important dans le cadre des relations entre la CSST et le réseau de la santé au travail.

Plusieurs auteurs s'entendent pour affirmer que le **respect** de l'autre organisation, la **confiance**, la **flexibilité** dans le fonctionnement et la **tolérance** aux différences sont des gages de réussite dans les relations entre les organisations (Hall et coll, 1977; Whetten, 1981; Plasse, 1988; Schneider, 1988; Sauvageau, 1991; Lindquist, 1993; Rodal et Mulder, 1993; Rodal, 1993).

«La confiance et le respect qui s'établissent avec le temps, permettent aux partenaires de se connaître mutuellement et d'être sensibles aux préoccupations de chacun, dans un contexte non litigieux. L'établissement de la confiance peut constituer un processus long et délicat, mais il a une importance critique pour le succès des partenaires, notamment ceux qui poursuivent des objectifs à long terme. Il faut du temps pour que les partenaires apprennent à se connaître, pour que tombent les stéréotypes traditionnels et pour que la confiance s'installe.» (Rodal, 1993).

L'évaluation positive par les participants de la performance et de la compétence des organisations avec lesquelles ils ont établi des relations et **l'absence de conflit** ont un effet positif sur la coordination (Hall et coll., 1977). De plus, la **connaissance de l'autre, de sa culture, de ses fonctionnements et de ses mandats** permettent de mieux comprendre les actions que pose et peut poser l'autre (Hall et coll., 1977; Plasse, 1988; Rodal, 1993).

Un **engagement clair** dans la relation, c'est-à-dire des relations importantes appuyées par la direction des organismes, prévues à long terme, établies sur une **structure claire** (logique de petits succès) et fondées sur une **ténacité** et un **leadership** important sont aussi des aspects essentiels au succès des relations en partenariat (Whetten, 1981; Plasse, 1988; Schneider, 1988; Sauvageau, 1991; Lindquist, 1993; Rodal, 1993).

De plus, lorsqu'il y a reconnaissance de la légitimité du mandat par les partenaires (Whetten 1981), la relation est encore plus puissante (solide et efficace) que si elle est basée sur la volonté des organisations à établir une relation. Il est toutefois important que les parties voient des avantages marqués pour instaurer des relations de concertation (Viau et Rousset, 1983; Schneider, 1988; Sauvageau, 1991; Rodal, 1993; Rodal et Mulder; 1993).

Le **partage du pouvoir** (interdépendance équivalente) **et des risques** et la **reconnaissance du rôle** et de la **contribution de chacun** favoriseraient des relations plus efficaces et plus fonctionnelles (Hall et coll., 1977; Whetten, 1981; Sauvageau, 1991; Rodal, 1993; Rodal et Mulder, 1993).

Le partage d'informations (comme celui des gestes posés) et des ressources permet d'établir une communication efficace entre les organisations (Hall et coll., 1977; Sauvageau, 1991; Lindquist, 1993; Rodal et Mulder, 1993; Rodal, 1993). L'échange d'informations servirait de base à la création d'un climat de confiance entre les organisations, ce qui serait un facteur essentiel à l'échange de ressources et à la coopération (Galaskiewics et Marsden, 1978). De plus, la qualité perçue de la communication et la fréquence des contacts a un effet positif sur la coordination (Hall et coll., 1977).

Les **habiletés personnelles des individus** impliqués dans les échanges sont indissociables du fonctionnement harmonieux de la concertation : ces personnes doivent avoir des habiletés de vente, d'écoute, de neutralité et de conciliation. De plus, des habiletés de respect des différences et de points de vue, d'ouverture d'esprit, de diplomatie et de dialogue permettent de faciliter les échanges. Les cultures organisationnelles et la gestion du personnel doivent appuyer ce type d'échanges (Plasse, 1988; Rodal et Mulder, 1993; Rodal, 1993).

Finalement quelques auteurs croient qu'un suivi de la concertation, des bilans périodiques du fonctionnement et une évaluation des résultats permettent d'assurer le succès des actions entreprises en partenariat (Plasse, 1988; Rodal, 1993).

1.3 RÉSULTATS DES RELATIONS ENTRE LES ORGANISATIONS

Plusieurs auteurs estiment que la mesure des résultats des relations interorganisationnelles est subjective et que les relations mandatées seraient moins efficaces que celles initiées volontairement entre les parties (Schopler, 1987; Hall, 1977).

La notion de résultats d'interventions conjointes peut se définir de deux façons. Dans un premier temps, l'analyse de la littérature nous amène à reconnaître que souvent, les résultats attendus se limitent au fait que les organisations remplissent leur mandat (Van de Ven et coll, 1979; Raelin, 1982). Il s'agit donc de la **capacité perçue des organisations à remplir leurs engagements et de leur perception de l'équité, de la productivité, de la valeur et du degré de satisfaction des partenaires envers la relation**.

Dans un deuxième temps, la mesure des résultats des actions conjointes peut être évaluée par des **changements dans le milieu d'implantation de l'intervention**. À notre connaissance, très peu d'études ont défini ce type d'effet des interventions en santé et sécurité au travail.

Dans une étude, Berthelette (1990) a effectué une évaluation des effets d'interventions effectuées dans le cadre du programme de santé. Elle a utilisé un modèle théorique issu des relations interorganisationnelles pour définir la relation entre l'entreprise et l'équipe de santé au travail du CLSC. Elle a donc mesuré l'effet des dimensions des relations interorganisationnelles[5] de façon beaucoup plus précise en détaillant l'influence de celles-ci sur les résultats intermédiaires du programme de santé, soit l'implantation de mesures d'élimination à la source, le port de protecteurs, l'organisation de séances d'information et de formation par l'entreprise, une politique de relocalisation des travailleurs accidentés et l'organisation des premiers secours et premiers soins. Ce type de modèle est plus difficilement applicable à notre problématique dans la mesure où les deux organismes peuvent avoir des effets sur l'établissement et qu'il y a eu très peu de temps entre l'intervention conjointe et la mesure des résultats; il faut souligner que les interventions conjointes ont débuté au cours du printemps 1996.

---

5 Par dimensions des relations, on entend la durée, la fréquence, l'intensité, la standardisation et la formalisation des contacts.

2. MÉTHODOLOGIE

L'évaluation des interventions vise à améliorer le processus de décision et à encourager la planification d'interventions plus efficaces et plus efficientes. Elle produit donc des connaissances utiles aux instances décisionnelles, aux planificateurs et aux intervenants qui pourront ainsi porter un jugement de valeur éclairé sur les interventions afin d'orienter leurs développements ultérieurs (Auger, 1994). L'évaluation des laboratoires de concertation se devait de répondre à deux objectifs : décrire le fonctionnement de ces derniers et les effets des interventions conjointes dans les entreprises.

L'analyse d'implantation permet de répondre à ces deux objectifs, dans la mesure où elle permet de comprendre comment et pourquoi les effets varient dans les différents milieux où l'on intervient. Elle s'intéresse aux relations entre le contexte, les variations dans l'implantation et les effets apportés par l'intervention. L'analyse d'implantation vise donc à spécifier les conditions de mise en oeuvre et les processus de production des effets d'une intervention (Denis et Champagne, 1990). Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le milieu d'implantation d'une intervention[6] a une très grande influence sur les résultats de celle-ci.

2.1 STRATÉGIE DE RECHERCHE ET CHOIX DU DEVIS

Les informations requises pour effectuer l'analyse des laboratoires proviennent d'une stratégie de recherche synthétique, celle qui, pour expliquer et prévoir des comportements ou des phénomènes complexes, examine l'ensemble des relations qui font intervenir simultanément plusieurs variables dépendantes et plusieurs variables indépendantes dans un modèle de relations interdépendantes.

---

[6] Dans notre cas, le milieu d'implantation est l'entreprise et certaines de ses caractéristiques pourraient faire varier les effets des interventions conjointes soit, par exemple, la gestion de la SST, le niveau de participation des travailleurs, les différentes perceptions des risques, etc.

Le devis préconisant l'étude de cas semble particulièrement souhaitable lorsque l'étude du contexte se concentre sur les dynamiques d'interaction entre acteurs concernés par l'implantation d'une intervention (Denis et Champagne, 1990). L'étude de cas se veut une investigation empirique d'un phénomène qui peut difficilement être isolé ou dissocié de son contexte. Elle permet une analyse plus juste lorsque les liens de causalité sont complexes et donc difficilement analysables par le biais de méthodes expérimentales. L'étude de cas vise à répondre à deux niveaux de questionnement : le comment et le pourquoi. Nous avons donc choisi l'étude de cas multiples (plusieurs laboratoires) avec niveaux d'analyse imbriqués, c'est-à-dire que l'analyse se fait à l'aide de différents niveaux d'explication du phénomène (plusieurs sources d'information) (Yin, 1994).

La puissance explicative de cette stratégie de recherche repose sur la cohérence de la structure des relations entre les composantes du cas ainsi que sur la cohérence des variations de ces relations dans le temps. La puissance explicative découle donc de la profondeur de l'analyse du cas et non du nombre d'unités d'analyse.

2.2 VALIDITÉ

La validité des études de cas est souvent remise en question puisque moins traditionnelles en évaluation. Toutefois, Yin (1994) décrit très clairement que ce type de stratégie nécessite beaucoup de soins et permet d'obtenir des analyses de qualité. Trois niveaux de validité sont importants : la validité interne, la validité de construit et la validité externe.

La validité interne est le degré d'assurance avec lequel on peut établir un lien de causalité entre deux ensembles de variables. Les études de cas permettent une bonne validité interne dans la mesure où l'articulation théorique qui sous-tend l'évaluation est de qualité, complexe et exhaustive. Donc, une analyse théorique complète et bien documentée permet d'augmenter la validité interne.

La validité de construit est la capacité des indicateurs choisis à bien mesurer les concepts qui nous intéressent. Le recours à plusieurs sources d'information, le développement de chaîne d'évidence (modèle d'impact) et la présentation du rapport à des informateurs clés permettent d'augmenter la validité de construit.

Nous pouvons donc estimer avoir de bonnes validités interne et de construit dans le cadre de l'évaluation des laboratoires de concertation.

La validité externe réfère à la possibilité de généraliser les résultats de l'évaluation à d'autres contextes et d'autres milieux. Dans le cadre des études de cas, la validité externe s'appuie sur un principe différent que lors des études avec un grand nombre d'unités d'analyse : il s'agit de la généralisation analytique plutôt que statistique. Lorsque plusieurs cas aux caractéristiques similaires produisent les mêmes résultats, on peut dire qu'il y a réalisation des prédictions et constance de la théorie; il s'agit donc d'une logique de réplique. Malheureusement, notre étude ne respecte pas ce principe, nos contextes d'intervention étant différents les uns des autres. Il était toutefois important pour nous d'analyser le fonctionnement de laboratoires différents et donc d'obtenir une validité apparente (Denis, 1988). Nous croyons donc que cela n'affecte aucunement la crédibilité des résultats de notre évaluation du fonctionnement des laboratoires ni la validité externe de l'évaluation des effets de nos interventions conjointes lorsque l'on réfère à la capacité des deux organisations à remplir leur mandat. Toutefois, la prudence est nécessaire pour la généralisation des résultats de modifications de milieu suite aux laboratoires de concertation : le milieu d'implantation a une très grande influence sur les possibilités de modifier les contextes de travail. De plus, certains établissements de notre analyse ont été choisis à cause de leur ouverture à ce type d'intervention.

2.3 CHOIX DES ENTREPRISES SUIVIES DANS LE CADRE DES LABORATOIRES

Les 11 établissements ou groupes d'établissements qui ont fait l'objet des analyses de cas ont été choisis par les membres du comité opérationnel en santé au travail. Le choix a été fait à l'aide de listes d'établissements fournies par les intervenants (CLSC-CSST-DRSP) au cours du mois de décembre 1995. Plusieurs raisons ont motivé leur choix. Il fallait d'abord estimer obtenir des résultats dans l'établissement (faire bouger le milieu) et croire qu'une intervention conjointe permettrait d'atteindre de meilleurs résultats que l'intervention en parallèle de nos deux organismes.

Plus spécifiquement, certains établissements ont été choisis parce que l'intervention de l'équipe de santé était déjà amorcée et que la présence de l'inspecteur permettrait d'appuyer un peu plus la démarche de prévention, ou parce qu'il s'agissait d'intervenir sur un risque issu de priorités communes (les LATR par exemple). Tandis que pour d'autres, il s'agissait d'intervenir dans des établissements classés dans des secteurs faisant partie de groupes non prioritaires en vertu de la réglementation actuelle (connus par le biais des évaluations de postes dans le cadre du programme pour une maternité sans danger) et où l'intervention de l'inspecteur ouvrait la porte à l'élaboration d'un PSSE.

Il fut convenu, en cours d'année 1996, de ne pas ajouter d'établissements à la liste établie au mois de janvier 1996. Cette restriction n'excluait aucunement la possibilité d'effectuer des interventions conjointes dans certains établissements en cours d'année; elle visait seulement à limiter le nombre d'établissements dans **le cadre de l'évaluation** du fonctionnement et des résultats des laboratoires.

Les rencontres de concertation ont débuté progressivement; à la fin du mois de mars, peu de rencontres avaient eu lieu. Une certaine confusion relativement au leadership de la convocation a entraîné des retards. Il fut donc convenu que les rencontres devaient être initiées par les inspecteurs. Ces derniers ont été alors qualifiés de maîtres d'oeuvre des interventions conjointes. Toutefois, une certaine flexibilité dans la convocation et dans l'animation des réunions, cela a permis l'initiation de plusieurs laboratoires. Dans certains cas, le coordonnateur du CLSC a initié et animé certaines rencontres. De plus, bien que l'inspecteur ait eu le titre de maître d'oeuvre, on a assisté à un certain partage des responsabilités lorsqu'il s'agissait de communiquer avec l'établissement.

En cours d'année, certains établissements se sont (ou ont été) retirés de la liste des laboratoires. Une des entreprises a invoqué des motifs économiques pour ne pas désirer poursuivre l'intervention conjointe. Deux autres estimaient ne pas être prêtes pour effectuer des modifications au milieu de travail. Le manque de disponibilité de l'inspecteur a entraîné l'annulation d'un autre laboratoire. Des difficultés de fonctionnement ont reporté les activités d'un autre laboratoire. Finalement, la grève dans un établissement a obligé l'arrêt d'un autre laboratoire. Ces événements portent à six le nombre d'établissements ou groupe d'établissements qui feront l'objet de l'évaluation du fonctionnement et à cinq pour l'évaluation des effets des laboratoires. Les laboratoires ont donc porté sur des entreprises très diversifiées avec des problématiques toutes aussi différentes (tableau 1).

TABLEAU 1

DESCRIPTION DES LABORATOIRES DE CONCERTATION

SECTEUR D'ACTIVITÉS ÉCONOMIQUES	NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS	NOMBRE DE TRAVAILLEURS	PROBLÉMATIQUES
Aliments et boissons	1	240	LATR
Fabrication d'équipement de transport	2	767	LATR Isocyanates Air comprimé Bruit
Bois (sans scierie)	1	188	Accidents
Manufacturières diverses	1	660	Maternité sans danger
Fabrication de produits électriques	1	30	Poussières respirables Solvants

2.4 COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Les informations colligées afin de permettre l'analyse des laboratoires de concertation sont issues de plusieurs sources. Premièrement, nous avons utilisé des documents officiels (cadre de fonctionnement, comptes rendus de réunions, littérature). Deuxièmement, nous avons effectué de l'observation participante lors des réunions qui regroupaient l'inspecteur (chargé d'établissement), l'équipe du CLSC (infirmière, médecin et technicien) et le coordonnateur du CLSC[7]. Ce dernier n'était pas nécessairement toujours présent lors de ces rencontres. Troisièmement, lorsque l'agente de recherche n'était pas présente aux rencontres et afin de compléter les données colligées par le biais de l'observation, l'information a été recueillie par le biais d'entrevues

[7] Lors de certaines rencontres, d'autres personnes ont pu s'ajouter tels que des intervenants des associations sectorielles paritaires ou de l'entreprise.

d'exploration où l'information était fournie par les sujets de façon libre. Sept entrevues de groupes semi-dirigées ont aussi été effectuées avec les six équipes locales de santé au travail et avec les inspecteurs de la CSST. Ces rencontres avaient pour but de discuter de la concertation dans le cadre des «laboratoires», tout comme de celle initiée spontanément. Cette multiplicité des sources d'information permet d'augmenter la qualité des études de cas.

La présence de l'agente de recherche aux différentes rencontres et ses mandats d'évaluation ne permet pas de prétendre à une objectivité totale de l'évaluateur. Notre évaluation se rapproche donc de ce que Guba et Lincoln (1989) appellent l'évaluation de quatrième génération. Cette façon d'effectuer l'évaluation implique de façon plus importante les «évalués», permettant à ces derniers de définir les objets d'évaluation et les objectifs à atteindre. «L'évaluateur qui s'engage dans une évaluation de quatrième génération doit suivre un processus de recherche particulier, similaire à celui d'une approche de recherche-action (...). L'intervention de l'évaluateur ne se limite pas à mesurer, ni à décrire ou à juger mais plutôt à faire équipe avec les acteurs concernés par l'évaluation en redistribuant les informations (et le pouvoir) et ceci, de manière à favoriser un changement concerté et efficace au sein de l'organisation» (Lehoux, Levy et Rodrigue, 1995).

L'analyse et l'interprétation des données d'une évaluation effectuée à l'aide des études de cas nécessite une approche qualitative, ce qui est notre cas. Nous avons utilisé deux modes d'analyse, soit l'appariement d'un modèle à la réalité et la construction d'une explication (Yin, 1994). La première méthode consiste à dégager les conséquences théoriques des observations et des événements contenus à l'intérieur du cas; il s'agit d'un processus itératif complexe entre la base empirique et un ensemble de pistes théoriques. Le chercheur aborde ces données avec un minimum de formalisation théorique et construit progressivement une explication optimale du phénomène à l'étude (Contandriopoulos et coll., 1990). La seconde méthode consiste à comparer une configuration théorique (modèle théorique issu du bilan des connaissances) avec une configuration empirique (basée sur les observations des cas) pour juger de la conformité entre le modèle et la réalité empirique. Cette méthode nous permet d'analyser si le modèle théorique (ce qui devrait se produire) concorde avec ce qui est vécu dans nos laboratoires.

3. LE PROCESSUS DE CONCERTATION ENTRE LA CSST ET LES ÉQUIPES DE SANTÉ AU TRAVAIL DANS LA RÉGION DES LAURENTIDES

Le but de ce chapitre est de décrire le fonctionnement des six laboratoires de concertation. Il est important de faire ici une précision : nous ne souhaitons pas décrire tous les modes de concertation établis entre les inspecteurs et les intervenants des équipes de santé au travail des CLSC. Nous décrivons la concertation «plus formelle» instaurée dans le cadre des interventions conjointes. Toutefois, nos discussions avec les intervenants des deux réseaux nous laissent croire que ce qui a été vécu dans les laboratoires se rapproche de la concertation qui se fait quotidiennement entre eux. Il est important de préciser que la concertation s'est vécue différemment au sein des différents CLSC des Laurentides. De façon générale, on peut dire que le CLSC situé dans la même ville que la direction régionale de la CSST a vécu des expériences de concertation depuis plus longtemps que les autres : la proximité géographique semble avoir été un facteur dominant. À cet effet, on note que les CLSC au nord des Laurentides ont vécu moins d'activités en concertation que ceux du sud.

Tel que précisé dans la précédente section, l'analyse du fonctionnement des laboratoires se fera en les comparant avec les éléments théoriques issus de la revue de la littérature. Nous décrirons de façon générale le fonctionnement des laboratoires en mettant l'accent sur certains points majeurs et en effectuant des liens avec le bilan des connaissances détaillé au chapitre 1.

3.1 LA CONCERTATION

Chacun des laboratoires est différent. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces variations : le contexte de l'entreprise, la problématique choisie par les intervenants ou les autres engagements professionnels que ceux reliés aux laboratoires. Puisque lors de chaque rencontre du comité opérationnel, des discussions ont porté sur le fonctionnement de chaque laboratoire, nous ne croyons pas pertinent de décrire en détail chacun de ceux-ci. De plus, nous souhaitons dépersonnaliser l'analyse de leur fonctionnement.

Les membres du comité opérationnel ont défini un peu plus ce qu'ils entendaient par concertation lors de la rencontre du 18 juin 1996. La concertation pourrait, selon eux, se définir comme la

capacité de mettre en commun les connaissances et l'expertise pour améliorer les conditions de travail des entreprises du territoire, tout en déterminant «qui fait quoi» et vers quels objectifs. Cette définition se rapproche de ce que l'on retrouve dans la littérature.

Le manque de définition unique de la concertation dans la littérature nous donne la possibilité de créer notre propre concept de la concertation à partir de l'expérience vécue dans les laboratoires.

Il existe plusieurs modes de relations entre les organisations et chacun de ceux-ci peut mener à des résultats intéressants. Cette variation dans le fonctionnement des relations est aussi présente dans nos différentes interventions conjointes. Compte tenu de ce fait, il nous semble clair que la concertation dans le cadre de nos interventions conjointes ne doit pas se limiter à une seule façon de faire. Il n'y a pas une seule bonne méthode de concertation.

Nous croyons donc que la concertation entre la CSST et le réseau de la santé au travail doit être définie selon un «axe de concertation». Cet axe permet de visualiser que les interventions conjointes peuvent être à différents niveaux et ce, en représentant la variation dans l'implication des ressources. Plus on tend vers la droite, plus la concertation nécessite un engagement important des organismes dans la démarche. De plus, cette conceptualisation de la concertation permet de représenter les variations de nos actions qui sont influencées tant par des entreprises différentes que par des problématiques multiples.

AXE DE CONCERTATION

Coopération **Coordination** **Collaboration**

La **coopération** représenterait la concertation entre les deux réseaux lorsque l'implication conjointe est moins forte, c'est-à-dire que nos organisations poursuivent leurs propres mandats, conservent leur autonomie et visent un résultat commun. On partage notre perception de l'action à poser dans l'établissement; toutefois, l'intervention auprès de l'établissement se fait en parallèle. On effectue nos propres activités en informant le partenaire afin de s'assurer d'une certaine harmonie auprès des clientèles. Trois des six laboratoires auraient fonctionné selon ce type de concertation.

La **coordination** se caractérisant par des règles plus formelles, la présence de buts et d'activités communes et impliquant plus de négociations, représenterait la concertation lorsque les partenaires s'entendent pour agir ensemble sur un ou des mêmes risques, de façon concertée. Ils fixent ensemble les résultats à atteindre et sont solidairement responsables des effets de l'intervention. Ainsi, l'intervention auprès de l'entreprise se fait de façon plus imbriquée. Deux laboratoires répondraient à cette façon de concevoir la concertation.

La **collaboration** correspond à la mise en commun de ressources par des organisations dans le but de résoudre un ensemble de problèmes **qu'elles n'auraient pu solutionner individuellement.** Ce type de relation nécessite que les partenaires reconnaissent **l'interdépendance des organisations,** que les personnes adoptent certains comportements aidants et qu'il y ait un partage du pouvoir et des valeurs. La collaboration, comparativement à la coopération, est donc plus exigeante, autant auprès de l'entreprise (elle perçoit que les deux organismes sont très liés) qu'entre les partenaires. Ce mode de concertation pourrait être attribuable aux caractéristiques individuelles des intervenants des deux organismes tout comme à celles des représentants de l'entreprise. Un seul laboratoire utiliserait la collaboration comme mode de concertation.

Bien que les relations entre les intervenants puissent changer dans le temps, que le type de concertation puisse se modifier et que le positionnement sur l'axe de concertation puisse varier, il est peu probable que toutes les interventions conjointes utilisent éventuellement la collaboration comme mode de concertation (fin de l'axe de concertation). Les interventions conjointes n'ont pas nécessairement besoin d'utiliser ce dernier mode de collaboration pour être efficaces.

Lors du colloque en santé et sécurité au travail CSST - MSSS du 31 octobre 1996, une présentation a porté sur des expériences de concertation. On y a présenté une perception de différents stades de concertation, stades qui pourraient s'apparenter à notre axe de concertation. La majorité des personnes présentes ont précisé que leur réalité de concertation dans leur région correspond au «stade 2», c'est-à-dire celui où les intervenants des deux réseaux interviennent de façon séparée (en parallèle), mais où il y a néanmoins des contacts avant l'intervention pour parteger des informations sur ce qu'on ira faire dans l'établissement, ce stade est similaire à la coopération.

Il est toutefois intéressant de noter que, dans le cadre de ce colloque, les personnes avaient des perceptions de leur niveau de concertation un peu différentes selon le réseau auquel elles sont attachées! Les représentants de la CSST sont plus nombreux à estimer se concerter selon le stade 3, stade où, en plus de partager de l'information avant l'intervention, on intervient ensemble

dans l'établissement, tandis que les représentants du réseau de la santé sont plus nombreux à croire que la concertation se limite à un partage de l'information sans qu'il y ait intervention conjointe. Nous croyons que cette perception serait similaire parmi les intervenants du territoire.

3.2 CONDITIONS DE SUCCÈS

Tel que détaillé dans le chapitre 1, plusieurs auteurs ont décrit les conditions permettant d'assurer le succès de la concertation; la dernière partie du chapitre permettra de voir dans quelle mesure nos laboratoires de concertation les respectent. Nous aborderons d'abord les points forts de notre processus de concertation pour ensuite relever les points qui nécessiteraient des améliorations.

L'engagement clair dans la relation, l'implication des cadres de haut niveau des organisations (directeurs et coordonnateurs du réseau de la santé ou de la CSST) sont des points positifs majeurs de nos relations concertées. Plus spécifiquement, on note une structure très claire de gestion de la concertation dans la mesure où tout problème d'intervention est rapidement discuté au comité opérationnel en santé au travail au sein duquel les différents aspects de ce problème sont abordés très librement. De plus, la table de concertation régionale permet aussi de partager sur les interventions conjointes. Le discours des partenaires est clair : on travaille ensemble pour le bénéfice de nos clientèles. Bien que les gestionnaires tentent de faciliter la concertation, c'est principalement sur le terrain qu'elle doit se vivre.

La structure de fonctionnement est claire, on adhère à une logique de petits pas (petits succès plutôt que gros échecs!) et la ténacité est évidente. De plus, selon les intervenants des deux réseaux, la précision des rôles de chacun dans le cadre de l'intervention conjointe (qui fait quoi et quand?) a permis de clarifier le mode de fonctionnement et ainsi, éviter les difficultés. Le fait de s'asseoir entre partenaires pour définir ce que l'on croît devoir faire en entreprise et les objectifs que l'on vise est une démarche assez nouvelle. Il est toutefois important de trouver un équilibre entre la préparation de l'intervention et l'action comme telle : il faut bien se comprendre, sans se perdre dans la bureaucratie.

Le partage d'information et de ressources semble aussi être un point fort de nos relations; les perceptions concernant nos clientèles sont partagées de façon ouverte, autant lors des rencontres de concertation formelles (laboratoires) que dans l'ensemble de la concertation. Cette situation permet de mieux cibler nos actions. La communication est facile, on sent un plus grand respect et

une meilleure ouverture. Puisque l'échange d'information sert de base à la création d'un climat de confiance entre les organisations, nous sommes sur la bonne voie pour atteindre un niveau de respect enviable. Le respect et la confiance sont des éléments essentiels qui permettent aux partenaires de baser leurs échanges sur des relations franches et directes. Toutefois, il faut du temps pour que tombent les stéréotypes et le climat de confiance peut malheureusement se détériorer rapidement.

Le fait de produire un rapport d'évaluation du fonctionnement et des résultats répond à une condition de succès suggérée par certains auteurs, soit le suivi accordé au processus de concertation.

La concertation entre des organismes ne peut se faire en excluant l'historique de leurs relations antérieures. Les relations établies entre la CSST et le réseau de la santé n'ont pas toujours été faciles et empreintes de respect. Bien que l'on souhaite des relations plus harmonieuses et que le rapprochement entre certains individus se fasse (qu'ils se situent au niveau de la direction ou de l'action), on ne peut s'attendre à ce que cette ouverture se fasse au même rythme pour l'ensemble du personnel. Il ne s'agit pas ici de dire que les relations ne sont pas fructueuses, au contraire. Il est simplement apparu, lors des discussions formelles (rencontres de professionnels) ou informelles[8] concernant les laboratoires de concertation, que certaines difficultés persistent : les attitudes sont plus difficiles à modifier et ce, même si l'on se connaît mieux.

De façon générale, il est toutefois important de souligner qu'il semble que les partenaires (autant ceux de la CSST que ceux du réseau de la santé au travail) ont une évaluation de la performance de l'autre organisation beaucoup plus positive qu'il y a quelques mois. À force de travailler ensemble, les perceptions se modifient et on peut identifier une plus grande ouverture de part et d'autre.

---

8 L'auteure a des contacts avec les intervenants des CLSC dans le cadre d'autres dossiers et il est arrivé fréquemment que des discussions aient porté sur les interventions concertées. Il est toutefois malheureux que les contacts professionnels de l'auteure avec les chargés d'établissements soient limités aux laboratoires de concertation, ne permettant pas l'ajout de leurs commentaires informels au présent rapport.

La concertation est très exigeante puisqu'elle oblige à connaître à fond les forces et les faiblesses de son organisme. Les partenaires sont plus à même de voir nos limites et nos contradictions. Il est donc important de faire preuve d'humilité envers soi-même et de tolérance envers les autres puisque des accrochages peuvent encore survenir!

Nous croyons qu'un des principaux problèmes de concertation se situe dans le fait que la relation entre la CSST et le réseau de la santé conserve un statut de contrôleur/contrôlé (agent payeur) surtout dans le contexte où, quelques mois auparavant, le conseil d'administration questionnait les budgets des équipes de santé au travail en les reconduisant sur une base mensuelle avec conditions; le climat de confiance obligatoire lors de travail conjoint n'était donc pas tout à fait présent. Les discussions peuvent donc quelquefois manquer de profondeur dans la mesure où tous ne se sentent pas à l'aise de défendre des points de vue divergeants. Il arrive que l'on exécute des demandes sans faire valoir des points de vue différents; on coopère sans toutefois coordonner nos actions (en référence à l'axe de concertation décrit plus tôt). Cette relation «d'autorité» semble s'atténuer avec le temps.

Il est alors possible que les partenaires ne soient donc pas tout à fait sur un même pied d'égalité. Les différences (perçues ou réelles) de pouvoir ne faciliteraient pas une concertation efficace dans la mesure où les relations ne sont pas appuyées par un équilibre des pouvoirs. Il ne s'agit pas d'atteindre un partage des pouvoirs totalement égal mais plutôt une structure de pouvoir **équitable**. Certains intervenants ont toutefois insisté sur le fait que les deux réseaux étaient complémentaires et que c'est cela qui donnait plus de force à leur intervention; l'inspecteur a un pouvoir de persuasion manifeste puisqu'il peut imposer des sanctions (articles 177 à 193, LSST) et l'équipe de santé au travail a une connaissance plus grande du milieu puisqu'elle y est présente plus souvent et qu'elle a plus de ressources humaines. Cette disponibilité est aussi un aspect complémentaire à l'inspecteur dans le cadre d'une intervention conjointe. Les relations établies par les deux organismes avec l'entreprise sont différentes et cela permet donc une compréhension plus globale du milieu d'intervention.

Cette complémentarité des deux réseaux nous permet de croire que le leadership est partagé en fonction des compétences. Chacun des organismes a du pouvoir mais celui-ci s'exerce à des moments différents et relativement à des situations différentes.

Les conflits ou les divergences d'opinions sont vécus de façon silencieuse. On en viendrait probablement à un processus de socialisation (tel que décrit par certains auteurs) puisqu'on sait que la concertation est là pour rester. Il est donc possible que ces malaises affectent la

satisfaction des participants sans que cela n'affecte toutefois le climat ou les résultats des laboratoires.

Pour une concertation efficace, les auteurs s'entendent pour appuyer l'importance d'une attention suffisante accordée à la compréhension mutuelle des cultures organisationnelles. Des relations basées sur la confiance et le respect permettent de mieux comprendre les missions et cultures de l'autre partenaire. Les mandats différents de chacun des organismes ne semblent pas toujours suffisamment compris par l'autre (compagnie d'assurances versus protection de la santé des travailleurs en fonction du chapitre 8 de la LSST).

Quoique les auteurs s'entendent pour insister sur l'importance des habiletés individuelles dans un processus de concertation, nous n'abordons pas en profondeur ces aspects ici, la gestion du personnel dépassant largement le mandat d'évaluation du fonctionnement. Nous laissons cet élément au soin des responsables de chaque organisation. Toutefois, plusieurs intervenants des deux réseaux ont précisé que la volonté des individus à s'impliquer dans une démarche conjointe tout comme leur personnalité a grandement favorisé le fonctionnement en facilitant, entre autres, des discussions franches et ouvertes.

Lors du colloque en santé et sécurité au travail CSST - MSSS du 31 octobre 1996, une question a été posée aux personnes présentes relativement à leur perception du principal obstacle à la concertation :

- 30,5% ont estimé que c'est la difficulté de définir des objectifs communs;
- 23,5% ont estimé que c'est la perception qu'il avait de l'autre organisation;
- 21,6% ont estimé que c'est les exigences du travail d'équipe;
- 13,1% ont estimé que c'est le manque de temps;
- 11,3% ont estimé que c'est le désir d'être autonome.

Les réponses sont toutefois un peu différentes lorsqu'on fait l'analyse des deux réseau (CSST - MSSS) séparément. Les représentants de la CSST sont plus nombreux à estimer que le travail d'équipe est exigeant, tandis que ceux du réseau de la santé ont plus reconnu la difficulté de définir des objectifs communs comme obstacle principal. Ces perceptions nous semblent similaires à ce qui est vécu dans notre région dans le cadre des laboratoires de concertation.

4. LES RÉSULTATS DES INTERVENTIONS CONJOINTES

L'évaluation des effets d'interventions conjointes est une activité complexe. Certains auteurs prétendent même qu'il s'agit d'une notion subjective dans la mesure où elle peut varier selon les personnes qui en font l'analyse : les clients, les dirigeants ou les intervenants de la base ou selon les attentes et les intérêts des organisations dans une telle démarche.

Lors du colloque en santé et sécurité au travail CSST - MSSS du 31 octobre 1996, une question a été posée aux personnes présentes relativement au principal avantage de travailler de façon concertée : 51,6% des répondants estiment que c'est pour donner un meilleur service aux clientèles, tandis que 45,6% estiment que c'est pour agir de façon plus efficace. Il est toutefois intéressant de noter que les représentants du réseau de la CSST sont plus nombreux à estimer que le principal avantage est de donner un meilleur service à la clientèle, tandis que les gens du réseau de la santé au travail estiment en plus grand nombre que c'est pour agir de façon plus efficace. Bien que ces deux réponses ne soient nullement contradictoires, elles démontrent néanmoins deux façons d'interpréter les résultats souhaités d'interventions conjointes!

On peut subdiviser la notion de résultats de deux façons. Dans un premier temps, on peut faire référence à la capacité perçue des organisations à remplir leur mandat, la capacité des intervenants à remplir leur engagement, la perception d'équité et de productivité tout comme le degré de satisfaction des partenaires. Dans un deuxième temps, on peut porter notre attention sur les modifications qui auraient été apportées dans le milieu suite à l'intervention conjointe.

4.1 RÉSULTATS RELATIFS AU MANDAT

L'analyse du fonctionnement de la concertation détaillée dans le chapitre précédent nous amène à croire que les résultats relatifs à l'atteinte du mandat sont concluants. Les laboratoires de concertation ont été une expérience généralement enrichissante pour l'ensemble des intervenants. Selon plusieurs, l'attitude des intervenants joue un grand rôle dans l'atteinte des résultats dans la mesure ou il s'instaure un climat de confiance, du respect et de l'autonomie, c'est-à-dire, à partir du moment où les intervenants des deux réseaux deviennent UNE équipe de travail!

La définition des rôles et fonctions de chaque intervenant dans le cadre d'une intervention conjointe selon ses compétences et ses disponibilités, est un point majeur pour s'assurer d'effectuer un bon travail d'équipe; certains inspecteurs croient qu'il est important de laisser à l'équipe de santé au travail plus de place au sein de l'établissement compte tenu de sa disponibilité plus grande.

De plus, les rencontres avec les intervenants sur le terrain et les dirigeants nous permettent de croire que la satisfaction des partenaires est généralement bonne relativement aux effets de la concertation et ce, malgré les difficultés qui ont pu et peuvent encore survenir. Lorsque la perception du milieu est la même, on peut plus facilement travailler ensemble. Les dirigeants constatent que les intervenants de première ligne sont de plus en plus à l'aise à communiquer directement entre partenaires et sont aussi plus enclin à choisir d'intervenir de façon concertée pour agir dans les milieux de travail.

On peut croire que la qualité des relations établies entre les intervenants de la CSST et ceux des CLSC avec les employeurs et les travailleurs, est une bonne indication de la satisfaction de nos clientèles. Toutefois, nous croyons qu'une analyse plus détaillée de la satisfaction des clientèles dépasse largement le mandat de ce rapport. De plus, l'évaluation de la satisfaction doit s'effectuer avec soin afin de s'assurer que les clientèles ne fassent preuve de complaisance et répondent ce que nous souhaitons entendre!

4.2 RÉSULTATS EN MILIEU DE TRAVAIL

L'analyse des modifications en milieu de travail, suite aux laboratoires de concertation, doit se faire avec prudence. D'abord, il faut du temps pour observer des modifications de comportements; les laboratoires ont débuté au cours du printemps 1996 et plusieurs n'ont pas encore complété leurs activités. De plus, il faut rappeler que les entreprises choisies dans le cadre des laboratoires l'ont été parce que le comité opérationnel estimait possible d'y obtenir des résultats probants. Rappelons aussi que les entreprises étaient volontaires dans cette démarche. L'évaluation ne porte donc pas sur des entreprises récalcitrantes à toute forme d'intervention des deux réseaux.

Les milieux d'implantation ont une influence indéniable sur les modifications possibles suite à l'intervention; c'est pour cette raison que nous avons opté pour une évaluation de l'implantation. Il est très probable que la collaboration du milieu donne des résultats qui sont plus importants et probablement plus intégrés par l'établissement car le changement ne se limite pas à l'imposition d'une sanction par l'inspecteur; il y aurait aussi un changement d'attitude.

Il est aussi important de souligner que le type d'évaluation effectuée ici ne permet pas de discerner l'effet de chacun des deux réseaux; il sera analysé de façon combinée.

Un document de travail proposé par le médecin-conseil de l'équipe régionale et l'agente de recherche avait pour but de permettre aux intervenants de définir le cadre de fonctionnement des laboratoires (voir en annexe). Une des étapes devait être la formulation d'objectifs communs d'intervention, pour éventuellement en vérifier l'atteinte. Cette étape a été remplie de façon très diverses par les différents laboratoires; on y a rarement défini des objectifs de modifications de milieu, on a plutôt choisi de définir des objectifs opérationnels, c'est-à-dire en fonction d'activités à réaliser.

Le mode de concertation (coopération, coordination, collaboration) utilisé par les intervenants ne semble pas avoir influencé l'atteinte des résultats. Les laboratoires où la concertation s'est appuyée sur un mode de coopération ont atteint leurs objectifs autant que ceux dont la concertation a nécessité une plus grande implication des ressources (coordination, collaboration). Toutefois, le type d'objectifs fixés par les intervenants varierait selon le mode de concertation : plus on tend vers la droite sur l'axe de concertation (vers la collaboration), plus les objectifs fixés viseraient des modifications de milieu; à l'inverse, lorsque la concertation se fait plus en parallèle, les objectifs sont principalement des activités à réaliser.

Avant de détailler les résultats de chacun des laboratoires, nous résumons ici les impacts possibles :

- Dans certains milieux, on peut observer une amélioration des conditions de travail (environnementales) et une baisse des accidents et des incidents. Il est intéressant de noter qu'un employeur a maintenant le souci de surveiller les niveaux d'exposition à un contaminant de façon assidue afin que ceux-ci restent faibles.

- Les relations entre les intervenants des deux réseaux et l'entreprise sont plus cordiales; on observe même certains employeurs faire appel fréquemment aux services du CLSC pour des problèmes autres que ceux identifiés dans le programme de santé ou par l'intervention conjointe.

- La présence conjointe des intervenants des deux réseaux pourrait avoir incité l'entreprise à se prendre en charge pour l'ensemble de la prévention. Elle agirait plus rapidement sur des problématiques, c'est-à-dire avant que les personnes externes à l'établissement le remarque et y fasse des recommandations. Nous ne pouvons estimer si cette prise en charge serait permamente, il est malheureusement probable qu'elle soit temporaire, le temps que les intervenants de la CSST et du CLSC finalisent leurs propres activités au sein de l'établissement!

- Il est aussi possible que la présence de l'inspecteur ait permis des changements dans les milieux de travail plus rapidement; on note que des modifications souhaitées et recommandées par l'équipe de santé au travail depuis plusieurs années ont été effectuées plus rapidement depuis que l'inspecteur accompagne l'équipe lors de ses visites en établissement. L'inspecteur, dans le cadre de la nouvelle philosophie (convaincre, soutenir et contraindre), conserve auprès de l'entreprise tous les pouvoirs d'enquête, de correction, de suspension de travaux que lui confère la LSST (articles 177 à 193). L'entreprise percevrait clairement les liens unissant les deux réseaux et serait sensible au fait que l'inspecteur appuie la démarche effectuée par l'équipe de santé au travail. Le pouvoir de l'inspecteur ne diminue en rien celui du CLSC qui peut convaincre l'employeur par le biais de l'information, des activités de surveillance médicale et environnementale.

- Parmi les effets non attendus (impacts) de telles interventions, il est aussi possible qu'une intervention conjointe CSST-CLSC soit envahissante pour l'établissement et, bien que l'employeur estime que cela puisse être enrichissant, qu'il préfère prendre du recul afin de conserver un certain contrôle de la situation et ainsi choisir lui-même le rythme de l'intervention!

4.2.1 Laboratoire A - Entreprise de fabrication de produits électriques de 30 travailleurs

L'entreprise où ont eu lieu les interventions conjointes a été ciblée par l'équipe de santé au travail suite à des études de postes dans le cadre du programme pour une maternité sans danger. Il s'agit d'une entreprise d'un secteur non-prioritaire, peu structurée du point de vue de la santé et de la sécurité au travail. L'équipe a sensibilisé l'inspecteur à l'importance des risques à la santé dans l'établissement (poussières, silice, solvants). L'inspecteur, en raison du nombre important de déclaration d'accidents à la CSST et des informations partagées avec l'équipe de santé au travail du CLSC, est intervenu à plusieurs reprises dans l'établissement. C'est donc conjointement (CLSC-CSST) qu'il fut convenu de la nécessité d'intervenir dans le cadre d'un laboratoire de concertation au sein de cet établissement. L'inspecteur «prépara le terrain» à la visite de l'équipe de santé au travail en insistant auprès de l'entreprise sur l'importance de participer à la démarche d'élaboration d'un programme de santé. De plus, il avait suggéré à l'établissement la création d'un comité de santé et de sécurité et l'avait avisé que l'association sectorielle paritaire pourrait l'aider dans cette démarche.

L'équipe a donc débuté l'intervention progressivement : vérification de l'organisation des premiers secours, formation de secouristes, mesures environnementales et intervention conjointe avec l'inspecteur de la CSST lors de la semaine de la santé et de la sécurité au travail. Suite à cette dernière activité, les intervenants des deux réseaux ont fait des recommandations au comité de santé et de sécurité.

On peut observer une amélioration marquée dans les relations entre l'entreprise et l'équipe de santé au travail du CLSC. De plus, l'entreprise a fait appel aux services de l'infirmière de l'équipe de santé au travail pour donner de l'information sur une problématique reliée aux risques biologiques qui causait de l'anxiété chez l'ensemble des travailleurs.

4.2.2 Laboratoire B - Entreprise de fabrication d'équipement de transport de 600 travailleurs

L'entreprise choisie dans le cadre de ce laboratoire était connue des deux réseaux depuis de nombreuses années; des programmes de santé et de prévention y sont en vigueur depuis 1994. Toutefois, certains problèmes identifiés par l'équipe de santé au travail (air respirable non salubre, isocyanates, bruit) n'étaient pas complètement pris en charge par l'entreprise. Des rencontres entre l'inspecteur et l'équipe ont permis de partager la connaissance du milieu; bien que structurée en terme de santé et de sécurité au travail, des expériences très fréquentes sur la ligne de production et une production inconstante amènent une difficulté d'organisation dans le fonctionnement de l'usine.
Un plan d'action pour un an, du mois de juillet 1996 au mois de juillet 1997, a été élaboré par l'équipe, conjointement avec le chargé d'établissement de la CSST. Il est important de souligner que ce plan d'action a été soumis aussi à l'entreprise qui a accepté de prendre la responsabilité de quelques activités permettant l'atteinte de certains objectifs définis dans ce plan. Cette ouverture est perçue par les intervenants comme un effet de l'intervention conjointe, puisqu'auparavant les représentants de l'entreprise étudiaient toujours les dossiers et ne passaient pas à l'action pour effectuer des modifications au milieu de travail.

Des mesures environnementales ont été prises et des activités de surveillance de l'état de santé des travailleurs ont été effectuées par l'équipe du CLSC. Des séances de formation sont prévues d'ici juillet 1997 et ce, en présence de l'inspecteur. Ce dernier, en appuyant les recommandations de l'équipe de santé, leur donne un poids supplémentaire auprès de l'établissement.

Suite à une évaluation conjointe (CSST-CLSC-Établissement) en décembre 1996, on remarque que le dossier relatif à l'air respirable est pratiquement réglé. Concernant les autres dossiers, les activités énumérées dans le plan d'action se poursuivent.

4.2.3 Laboratoire C - Entreprise secteur aliments et boissons de 240 travailleurs

L'entreprise choisie dans le cadre de ce laboratoire avait déjà un programme de santé en vigueur, un programme de prévention et un comité de santé et de sécurité. Il s'agit donc d'une entreprise avec une assez bonne prise en charge de la prévention.

L'entreprise a toutefois un très grand problème de roulement de personnel; le travail exigeant au sein de l'établissement semble être une des raisons de cette difficulté à conserver le même personnel assez longtemps. En cours d'année, l'entreprise a embauché une infirmière-auxiliaire au bureau de santé du département des ressources humaines.

Le contexte semblait donc favorable dans l'établissement pour entreprendre une intervention conjointe sur une problématique complexe : les LATR. La démarche privilégiée fut celle de l'ergonomie participative. À cet effet, l'appui de l'IRSST et d'une équipe du siège social de la CSST a permis d'ajouter un ergonome à l'équipe. L'accord de l'entreprise, essentiel dans une démarche participative, fut accordé au cours de l'automne 1996. Le comité d'ergonomie a reçu sa formation en décembre 1996.

À ce jour, les résultats relatifs à l'intervention sur les LATR ne peuvent être mesurés puisque le comité vient d'être constitué et de recevoir sa formation. Toutefois, les intervenants croient que la démarche conjointe a permis de démontrer à l'employeur la volonté des deux réseaux d'améliorer les conditions de travail de l'entreprise.

L'équipe locale de santé au travail a pu intensifier ses actions dans le cadre du programme de santé (risques biologiques) et donne maintenant beaucoup de support au nouveau personnel du service de santé de l'établissement. Le climat de confiance avec l'établissement s'est grandement amélioré.

4.2.4 Laboratoire D - Entreprise du secteur entreprises manufacturières diverses - articles de sport de 660 travailleurs

L'entreprise concernée par ce laboratoire de concertation est composée de trois établissements d'un même employeur. Un seul de ces établissements est syndiqué. Il y a un coordonnateur en santé et en sécurité pour les trois établissements. Il existe un taux de roulement important des personnes qui effectuent les fonctions de représentants des travailleurs.

La problématique qui a nécessité une intervention conjointe était issue du très grand nombre de demandes de retraits préventifs dans le cadre du programme pour une maternité sans danger. Les partenaires impliqués dans ce type d'intervention sont un peu différents des autres laboratoires dans la mesure ou les agents d'indemnisation de la CSST ont aussi été impliqués dans le dossier dès le début.

Des études environnementales concernant le monoxyde de carbone émis par les chariots-élévateurs ont été faites dans les trois établissements afin de mieux caractériser l'exposition des travailleuses enceintes. Les objectifs visés par ces études étaient de :

- préciser l'exposition au «CO» en hiver et en été (mandat du CLSC);
- harmoniser les recommandations médicales (mandat de la DRSP);
- favoriser la réaffectation (mandat de l'entreprise, du CLSC et de la CSST).

Antérieurement à ces études environnementales, suite à une recommandation de l'inspecteur de la CSST, un registre avait été établi pour compiler les données sur les émissions de «CO» assurant ainsi un meilleur suivi des ajustements mécaniques des chariots.

Ces deux interventions ont permis d'améliorer l'environnement de travail dans chacun des établissements et même de réaménager certains postes de travail.

Le travail se poursuit. En effet, l'entreprise compte faire l'acquisition d'équipements pour l'échantillonnage du monoxyde de carbone et désire être conseillée sur le choix de l'appareillage ainsi que sur les techniques d'évaluation et de contrôle. Ce support lui sera offert par le CLSC.

4.2.5 Laboratoire E - Entreprise du secteur du bois (sans scierie) de 188 travailleurs

L'entreprise concernée par ce laboratoire de concertation a un programme de santé depuis le mois de février 1992, un programme de prévention, un comité de santé et de sécurité au travail reconnu et une représentante à la prévention active. Les accidents sont enquêtés, un registre des accidents est tenu à jour et une politique de maintien du lien d'emploi existe et est appliquée. Malgré cette organisation de la prévention, plusieurs accidents et incidents surviennent encore et les déboursés à la CSST sont importants.

Dans le cadre de l'intervention conjointe, l'équipe de santé au travail et l'inspecteur de la CSST ont offert d'évaluer les outils utilisés par l'entreprise en SST dans le but d'améliorer le dossier des accidents du travail. L'entreprise était favorable à une telle démarche. Le plan d'action avait pour objectif la diminution des accidents et donc des déboursés. Plus spécifiquement, il visait à :

- sensibiliser le milieu sur l'état actuel de la situation SST de l'entreprise;
- faire le point sur la situation des deux départements où il y a le plus d'accidents;
- vérifier l'efficacité des processus d'inspection, d'enquête d'accidents et de suivi des recommandations;
- vérifier l'efficacité des processus de maintien du lien d'emploi;
- vérifier l'efficacité des communications entre l'établissement et la CSST.

En cours d'année, les intervenants ont noté une nette amélioration dans les communications entre les différents partenaires et de nouvelles façons plus performantes de gérer le dossier SST. En décembre 1996, les intervenants (CSST - CLSC) ont présenté le bilan du plan d'action contenant une vingtaine de recommandations pour améliorer le dossier SST, au CSS et à la direction de l'établissement. Ce bilan fut accueilli très favorablement et ce, bien que plusieurs éléments soulignaient des points à améliorer. Suite à ce dépôt, il a été convenu avec l'entreprise que le CSS préparera un plan d'action pour donner suite au bilan déposé par l'inspecteur de la CSST et l'équipe de santé au travail du CLSC.

D'autres résultats ont aussi été notés par les intervenants mais ceux-ci doivent être interprétés avec prudence. On note une diminution de 50% du nombre d'accidents en 1996 par rapport à 1995 et la gravité des accidents a, elle aussi, diminué de plus de 50%. On note donc des effets avant même le dépôt du bilan à l'établissement.

Il faut souligner que l'analyse des outils et des modes de fonctionnement de l'entreprise a nécessité une présence très importante dans l'établissement autant de l'équipe du CLSC que de l'inspecteur de la CSST. Il est donc probable que l'établissement ait déjà apporté des correctifs suites aux observations et questionnements des intervenants. Il arrive fréquemment qu'on note ce type de changements, dans la mesure où l'établissement est «sous observation» : l'employeur effectue l'analyse lui-même et il apporte les modifications avant que les partenaires externes ne le dénotent!

CONCLUSION

Il est important de poursuivre le processus de concertation entre nos deux réseaux; il est aussi primordial que celui-ci soit flexible et tienne compte des différents milieux d'implantation et des objectifs de la concertation. Se concerter peut vouloir dire coopérer, se coordonner ou collaborer; plusieurs niveaux d'implication sont possibles (même souhaitables) et efficaces.

On remarque que les laboratoires de concertation qui ont fait l'objet de l'évaluation sont majoritairement situés au niveau de la coopération, mode qui est moins menaçant au niveau de l'autonomie des organisations. Faut-il laisser aux individus sur le terrain le choix du mode de concertation qui leur convient, compte tenu de leur perception partagée du milieu d'implantation? Doit-on souhaiter que nos interventions suivent majoritairement le mode de coordination? Ce dernier mode de concertation nécessite des objectifs communs mais laisse néanmoins de la place à une certaine flexibilité. Rappelons que la collaboration nécessite un investissement de ressources plus important et plus d'implication de la part des partenaires.

Dans la mesure où les deux réseaux visent des relations à long terme, il serait important d'intensifier la confiance et le respect des partenaires. De plus, les directions des organismes participants pourraient affirmer leur engagement dans le processus afin que tous les intervenants comprennent l'importance de la concertation. Il est important de permettre l'expression des différences pour arriver au compromis acceptable pour tous. Les discussions sont toujours fructueuses lorsque libres et constructives.

La connaissance du fonctionnement des partenaires semble un élément essentiel qui permet d'assurer la réussite des interventions conjointes. Cet aspect n'aurait-il pas avantage à être plus exploité dans le cadre de la concertation entre la CSST et le réseau de la santé au travail? Le nombre d'années important (plus de 15 ans) de coexistence entre les deux réseaux ne permet pas nécessairement aux organismes de bien comprendre les cultures et les missions de l'autre.

Une rencontre régionale pourrait être initiée afin de favoriser les échanges (présentations par les intervenants des expériences d'intervention conjointe, ateliers) permettant ainsi de mieux réaliser la complémentarité de nos mandats tout en permettant à tous les intervenants de la région de se connaître. Les contacts ultérieurs seraient facilités dans la mesure où un premier contact aurait déjà permis de briser la glace.

Ce rapport d'évaluation visait à alimenter la réflexion sur la concertation entre la direction régionale de la CSST des Laurentides et le réseau de la santé au travail. Nous souhaitons donc qu'il ait permis aux intervenants de la CSST comme à ceux du réseau de la santé et au comité opérationnel en santé au travail de la région des Laurentides de porter un regard global sur la concertation en santé et en sécurité au travail dans la région.

L'évaluation peut sembler parfois un processus menaçant. Toutefois, la participation de tous et chacun dans une telle démarche permet de mieux comprendre les phénomènes et ainsi de prendre des décisions éclairées pour le développement futur des interventions. L'auteure remercie donc toutes les personnes qui ont permis de faire une évaluation adéquate de la concertation en partageant leurs perceptions du processus et en l'impliquant intensément dans leurs discussions.

BIBLIOGRAPHIE

ALDRICH, H. *«Ressource dependence and interorganizational relations».* Administration and Society, volume 7, 1976, pages 419-454.

AUGER, Guylaine. *«Cadre de référence pour l'évaluation des interventions en santé au travail»,* région de Lanaudière. Direction régionale de la santé publique, janvier 1994, 31 pages.

BALABAN, Richard M. *«The contribution of participant observation to the study of process in program evaluation».* International Journal of Mental Health, volume 2, numéro 2, 1973, pages 59-70.

BERTHELETTE, Diane. *«Évaluation des résultats et de l'implantation du programme de santé au travail».* Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en santé communautaire, Octobre 1990, 255 pages.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et coll. *«Savoir préparer une recherche. La définir, la structurer, la financer».* Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1990, 197 pages.

DENIS, Jean-Louis et François CHAMPAGNE. *«Analyse de l'implantation».* Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, février 1990, 71 pages.

DENIS, Jean-Louis. *«Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations. Le cas de l'implantation de la vacation en centre d'hébergement».* Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philisophiae Doctor (Ph.D.) en santé communautaire, 1988, 233 pages.

DUSSAULT, Gilles. *«Les déterminants de l'efficacité de la multidisciplinarité».* Le Gérontophile, volume 12, numéro 2, 1990, pages 3-6.

GALASKIEWICZ, Joseph et Peter V. MARSDEN. *«Interorganizational Ressource Networks : Formal patterns of overlap».* Social Science Research, volume 7, 1978, pages 89-107.

GRAY, Barbara. *«Conditions Facilitating Interorganizational Collaboration».* Human Relations, volume 38, numéro 10, 1985, pages 911-936.

GUBA, Egon G. et Yvonna S. LINCOLN. *«Fourth Generation Evaluation».* Sage publication, Newbury Park, 1989, 294 pages.

HALL, Richard H. *«Organization, Structure and Process».* Englewood Cliffs, Prentice-Hall inc. 1982.

HALL, Richard H. et coll. *«Patterns of interorganizational relationships».* Administration Science Quarterly, septembre 1977, volume 22, pages 457-474.

LÉGARÉ, Jean-Yves. *«La concertation, c'est aussi la confrontation d'intérêts».* Carrefour des affaires sociales, volume 4, numéro 1, 1981.

LEHOUX, Pascale; Ron LÉVY; Jean RODRIGUE. *«Conjuguer la modélisation systémique et l'évaluation de 4ième génération. Vers la conceptualisation d'une pratique en médecine familiale».* Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, volume 2, numéro 1, 1995, pages 56-72.

LINDQUIST, Evert A. *«Prendre un certain recul : mettre le partenariat en perspective».* Optimum, la revue de gestion du secteur public, volume 24, numéro 3, hiver 1993, pages 24-28.

MULFORD, Charles L. et David L. ROGERS. *«Definition and models of coordination».* Interorganizational coordination : theory, research and implementation. Iowas State : University Press, 1982, pages 9-31.

NEUFELD, Anne et Alan , Ryan G. *«Fourth-Generation Evaluation».* The Canadian Journal of Program Evaluation, volume 3, numéro 2, 1988, pages 77-91.

OUELLET, Florian. *«Le partenariat en santé et sécurité du travail, une approche à développer. Conférence plénière».* Congrès de l'AQHSST, Hull, 2 mai 1996.

PLASSE, Micheline. *«Santé et sécurité du travail : de la confrontation à la concertation».* Agence d'Arc, Montréal, 1988, 155 pages.

RAELIN, Joseph A. *«A policy output model of interorganizational Relations».* Organizations Studies, volume 3, numéro 3, 1982, pages 243-267.

RAELIN, Joseph A. *«A mandated basis of interorganizational : the legal-political network».* Human Relations, volume 33, numéro 1, 1980, pages 57-68.

RODAL, Alti et Nick MULDER. *«Les partenariats, la délégation et le partage de pouvoirs : répercussions sur la gestion».* Optimum, la revue de gestion du secteur public, volume 24, numéro 3, hiver 1993, pages 29-53.

RODAL, Alti. *«La gestion des partenariats».* Optimum, la revue de gestion du secteur public, volume 24, numéro 3, hiver 1993, pages 54-70.

SAUVAGEAU, Philippe. *«Le partenariat et l'excellence».* Présentation lors du 18ème congrès de l'ASTED «Devenir compétitif et partenaire - Des nouvelles valeurs culturelles à développer».

SCHNEIDER, Robert. *«Exposé et échanges sur la concertation».* MSSS, 28 septembre 1980, 20 pages.

SCHOPLER, Janice H. *«Interorganizational Groups : Origins, Structure and Outcomes».* Academy of management review, volume 12, numéro 4, 1987, pages 702-713.

VAN de VEN, Andrew H. et coll. *«Coordination Patterns within and interorganizational network».* Human relations, volume 32, numéro 1, 1979, pages 19-36.

VIAU, Céline et Guy ROUSSET. *«Approche positive de la concertation».* Québec, décembre 1983, 31 pages.

WHETTEN, David A. *«Review Essay. Interorganizational Relations : A review of the field».* Journal of Higher Education, volume 52, numéro 1, 1981, pages 1-28.

YIN, Robert, K. *«Applications of case study research». Sage publications, Newbury park, 1993, 131 pages.*

YIN, Robert, K. *«Case study research, Design and Methods».* Second Edition Sage publications, Thousand Oaks, 1994, 171 pages.

ANNEXE